

Annexe n.4 Autorisation de communication des données sensibles

Autorisation

Le/la soussigné(e)

Né(e) à

Résident(e) à

En tant que (cochez l'option)

patient

représentant légal du patient Mr/Mme

Né(e) à

Autorise aux personnels de l'A.S.L.V.C.O. de communiquer des informations de nature sanitaires concernant:

(cochez l'option qui vous intéresse)

seulement au soussigné(e)

aux membres de famille qui font la demande, et de manière spécifique :

- Conjoint

- Fils

- parents

- Membres de famille

jusqu'au 4° grade

- membres de famille

jusqu'aux 2° grade

- cohabitant

à toutes les personnes qui font la demande

aux opérateurs de CAVS

de _____

au médecin soignant

seulement aux personnes indiquées ci-dessous

N.B. en cas de hospitalisation, en outre, nous vous rappelons que notre personnels de standard et de département, confirmera votre présence dans l' hôpital aux personnes qui le demandent(pour permettre la communication et/ou la visite des membres de famille et des connaissances), seulement si vous indiquez sur la ligne suivante (cochant l'option correspondante) le refus de confirmer votre présence aux tiers.

() je ne veux pas que ma présence en hôpital soit communiquée et/ou confirmée aux tiers.

Date 21/07/2017

Signature lisible du patient (ou du représentant légal)
